



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Direccion: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Cel#: _____

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Reconocimiento de recibo de las Practicas de Privacidad.

Yo, _____, reconosco que eh recibido una notificacion de practicas de privacidad de la practica ABG Dental.

Firma: _____ Fecha: _____

*Si un representante personal firma esta autorizacion en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante personal: _____

Relacion al individuo: _____

SOLO USO DE OFICINA

Fe de buen esfuerzo para obtener reconocimiento de recibo.

Individuo se nego a firmar

Otro _____

FIRMA DE PERSONAL:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Titulo: _____